ATLASE CU IMAGINI COLOR

I. Atlas de dermatologie
   A. Afecțiuni și leziuni cutanate frecvente
   B. Neoplasme cutanate
   C. Leziuni pigmentate benigne și maligne
   D. Bolile infecțioase și pielea
   E. Afecțiuni cutanate mediate imunologic
   F. Manifestări cutanate ale bolilor organelor interne

II. Atlas de semne endoscopice

III. Atlas al examinării fundului de ochi

IV. Atlas de hematologie

I. Atlas de dermatologie

Stephen F. Templeton / Thomas J. Lawley

A. Afecțiuni și leziuni cutanate frecvente

IA-1 **Acnee vulgară** cu papule inflamatorii, pustule și comedoane.

IA-2 **Acnee rozacee** cu eritem facial pronunțat, telangiectazii, papule diseminate și mici pustule.

IA-3 **Psoriazisul** este caracterizat prin plăci eritematoase mici și mari, cu scuame argintii aderente.

IA-4 **Dermatită atopică** cu plăci lichenificate, excoriate în fosa poplitee.

IA-5 **Eczema dishidrotică**, caracterizată prin vezicule profunde și descuamări la nivelul palmelor și degetelor, este adeseori asociată cu o diateză atopică.

IA-6 **Dermatită seboreică** relevând eritem facial central cu scuame grăsoase, galbene suprapuse.

IA-7 **Dermatită de stază** evidențiind macule eritematoase, scuamoase și zemuinde la nivel gambier inferior. De asemenea, se observă la acest pacient câteva ulcerații de stază.

IA-8 **Dermatita alergică de contact**, fază acută, cu plăci eczematoase bine delimitate, zemuinde într-o distribuție perioralã.

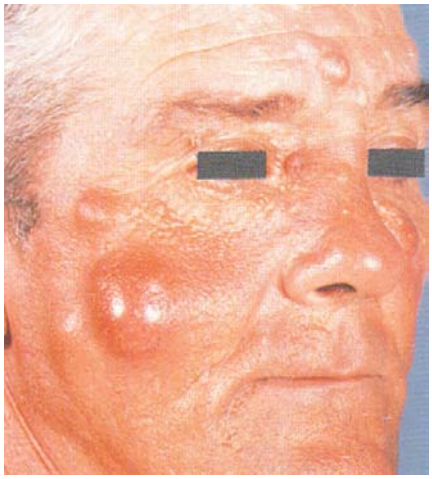
IA-9 **Lichen plan** ilustrând papule violacee, ombilicate, multiple și plăci. Distrofia unghială, așa cum se observă la nivelul unghiei policelui acestui pacient, poate fi, de asemenea, o caracteristică.

IA-10 **Pitiriazis rozat** Multiple macule eritematoase rotund-ovalare cu scuamă fină centrală sunt distribuite de-a lungul liniilor de tracțiune cutanate la nivelul trunchiului.

IA-11 **Vitiligo**, într-o distribuție tipică acrală, relevând depigmentare cutanată impresionantă, datorită pierderii melanocitelor.

IA-12 **Alopecie areata** caracterizată prin placă circulară bine delimitată la nivelul scalpului, lipsită complet de păr. Orificiile foliculare sunt conservate, indicând o alopecie necicatriceală.

IA-13 **Urticarie**, evidențiind papule și plăci caracteristice, discrete și confluente, eritemato-edematoase.



IA-14 **Chisturi epidermoide** La acest pacient se observă câțiva noduli chistici, fermi inflamați și neinflamați. Uneori, se observă un punct folicular pustulos pe suprafața epidermului.

IA-15 **Keratozele seboreice** sunt vizualizate ca papule și plăci „lipite", cercuite, verucoase, cu colorație variind de la maroniu deschis la negru.

IA-16 **Keloide** consecutive punctiei urechii, cu noduli fermi, exofitici, eritemato-lucioși ai țesutului cicatriceal.

IA-17 **Hemangioamele roșii „ca cireașa"** sunt foarte frecvente și apar la adulții de vârstă medie și bătrâni. Se caracterizează prin papule eritematoase multiple, purpuriu-închise, de obicei localizate pe trunchi.

IB-18 **Keratoză actinică** constând din papule și plăci eritematoase hiperkeratozice pe pielea expusă la razele solare. Acestea apar la adulții tineri și vârstnici și au un oarecare potențial de transformare malignă.

IB-19 **Keratoacanthomul** este un carcinom scuamocelular de grad mic, care se prezintă ca o tumoră exofitică cu detritus central keratinos.

IB-20 **Carcinom bazocelular** evidențiind ulcerație centrală și o margine tumorală perlată, serpinginoasă, telangiectazică.

IB-21 **Carcinom scuamocelular** relevat aici ca o placă hiperkeratozică crustoasă și oarecum erodată la nivelul buzei inferioare. Pielea expusă la razele solare, cum ar fi cea a capului, gâtului, mâinilor și brațelor, reprezintă un alt sediu tipic de afectare.

IB-22 **Sarcom Kaposi** la un pacient cu SIDA evidențiind stadiile de maculă, plăci și tumoră.

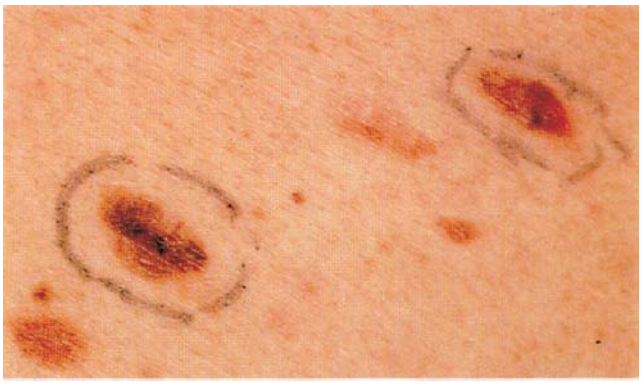
IB-23 **Mycosis fungoides** este un limfom cutanat cu celule T, iar la acest pacient se observă stadiul de leziuni în plăci.

IB-24 **Limfom non-Hodgkin** afectând pielea, cu noduli tipici violacei, de culoarea prunei.

IB-25 **Carcinomul metastatic** la nivelul pielii se caracterizează prin tumori inflamatorii dermice, adeseori ulcerate.

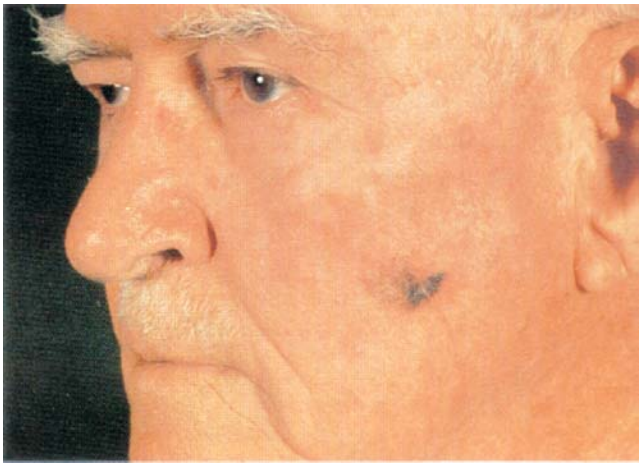
C. Leziuni pigmentare benigne și maligne

IC-26 **Nev** Nevii sunt proliferări benigne ale nevomelanocitelor, caracterizați prin macule hiperpigmentate cu contur regulat sau prin papule cu culoare uniformă.



IC-27 **Nevii displazici** sunt leziuni nevomelanocitare cu contur și pigmentare neregulate care pot fi asociate cu melanomul familial.

IC-28 **Melanomul superficial expansiv** este cel mai frecvent tip de melanom malign și evidențiază colorație variată (negru, albastru, mare, roz și alb) și limite neregulate.



IC-29 **Melanomul malign lenticular** apare pe pielea expusă la razele de soare ca o maculă sau placă mare, hiperpigmentată, cu limite neregulate și cu pigmentare variabilă.

IC-30 **Melanomul nodular** cel mai frecvent se manifestă el însuși ca un nodul cu creștere rapidă, deseori ulcerat sau cu cruste negre.

IC-31 **Melanomul lenticular acral** este mai frecvent la rasa neagră, hispanici și asiatici și apare ca o maculă hiperpigmentată extensivă sau ca o placă la nivelul palmelor și plantelor. Difuziunea pigmentară laterală este prezentă.

ID-32 **Impetigo-ul contagios** este o infecție superficială streptococică sau cu *S. aureus*, constând din cruste de culoarea mierei de albine și eroziuni eritematoase zemuinde. Ocazional, pot fi observate leziuni buloase.

ID-33 **Foliculita** este o infecție bacteriană a foliculilor piloși și este vizualizată sub formă de papule și pustule foliculare eritematoase.

ID-34 **Erizipelul** este o infecție streptococică a dermului superficial și constă din plăci bine delimitate, eritemato-edematoase, calde.

ID-35 **Herpes simplex** Infecțiile primitive cu VHS se caracterizează prin veziculopustule grupate pe o bază eritematoasă.

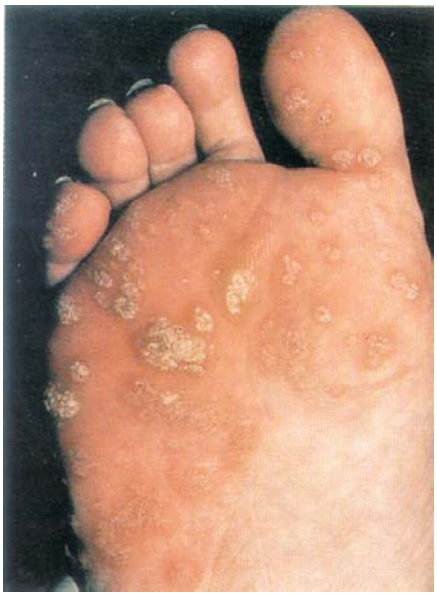
ID-36 **Varicelă** evidențiind numeroase leziuni în variate stadii de evoluție: vezicule pe o bază eritematoasă, vezicule ombilicate și cruste.

ID-37 **Herpes zoster-ul** este vizualizat la acest pacient cu infecție HIV ca vezicule hemoragice și pustule pe o bază eritematoasă grupate într-o distribuție dermatomală.

ID-38 **Extensia unui herpes zoster secundară chimioterapiei**

A. Pacientul acuza durere la nivelul urechii externe. Rash-ul vezicular de pe concă și antihelix a sugerat un sindrom Ramsay Hunt.

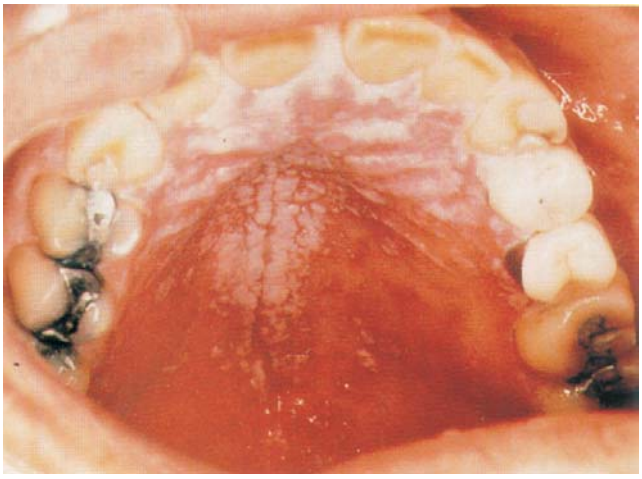
B. După chimioterapia pentru un cancer de prostată, pacientul a dezvoltat zoster diseminat, care în cele din urmă a fost controlat cu Acyclovir.



ID-39 **Veruci** prezente ca papule hiperkeratozice verucoase multiple.

ID-40 **Molluscum contagiosum** este o infecție cutanată cu poxvirus caracterizată prin papule ombilicate multiple cu culoare roșie sau hipopigmentate.

ID-41 **Leucoplazia păroasă orală** se prezintă adeseori sub formă de plăci la nivelul părții laterale a limbii și este asociată cu infecția cu virus Epstein-Barr.



ID-42 **Candidoza pseudomembranoasă orală** Plăcile albe aderente, mucoide, cu un halou eritematos observate aici la nivelul palatului indică adeseori un status imunocompromis.

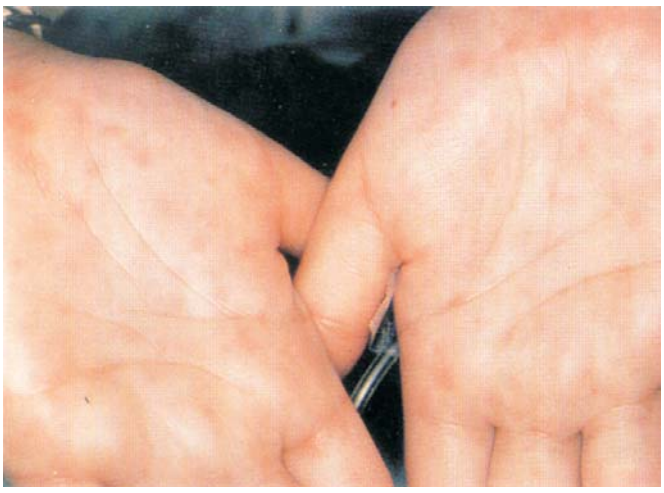
ID-43 **Tinea corporis** este o infecție fungică superficială prezentă aici ca o placă eritematoasă anulară scuamoasă cu centru clar.

ID-44 **Tinea cruris** este o infecție dermatofitică superficială cu plăci scuamoase, eritematoase, anulare bilaterale, extinzându-se de la plica inghinală până la partea superioară a coapselor.

ID-45 **Tinea versicolor** este o infecție cutanată fungică superficială prezentând o mare varietate de leziuni, în cele din urmă, petele scuamoase pot fi mici sau mari, hipopigmentate sau hiperpigmentate.

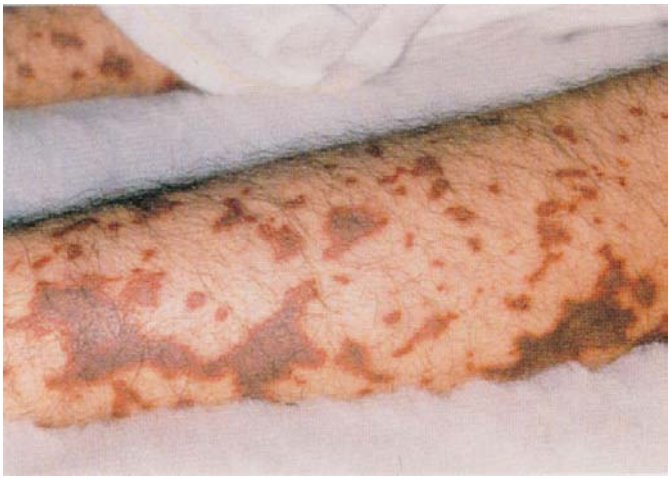
ID-46 **Scabie** evidențiind câteva papule eritematoase scuamoase și puține tuneluri liniare.

ID-47 **Erythema chronicum migrans** este manifestarea precoce a bolii Lyme și este caracterizată prin plăci eritematoase anulare, uneori cu o papulă eritematoasă centrală la nivelul sediului înțepăturii căpușei.



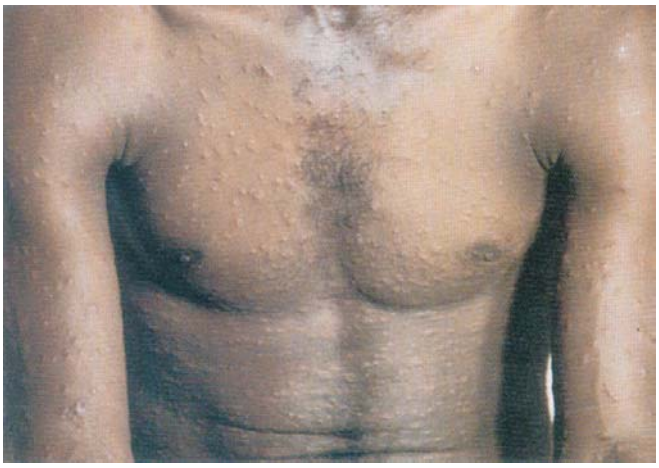
ID-48 **Febră pătată a Munților Stâncoși** prezentând macule ușor eritematoase la nivelul palmelor în faza precoce a bolii. Leziunile pot deveni hemoragice (purpurice) pe măsură ce afecțiunea evoluează.

ID-49 **Gonococcemia diseminată** la nivelul pielii este observată ca papule și pustule hemoragice cu centrii purpurici într-o distribuție acrală.



ID-50 **Meningococemie fulminantă** cu pete purpurice extensive poligonale.

ID-51 **Sifilis primar** cu șancru ferm, nedureros.



ID-52 **Sifilis secundar** evidențiind erupție papuloscuamoasă la nivelul trunchiului.

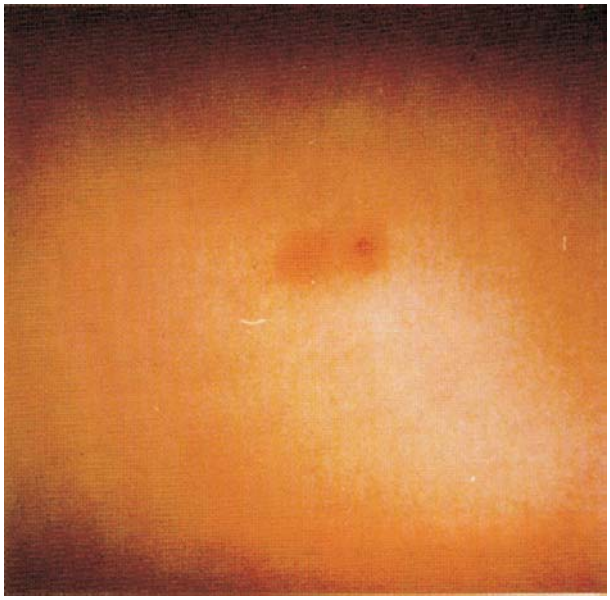
ID-53 **Sifilisul secundar** afectează de obicei palmele și plantele, prezentând papule crustoase, ferme, roșii-maronii.

ID-54 **Condylomata lata** sunt plăci intertriginoase umede, oarecum verucoase întâlnite în sifilisul secundar.

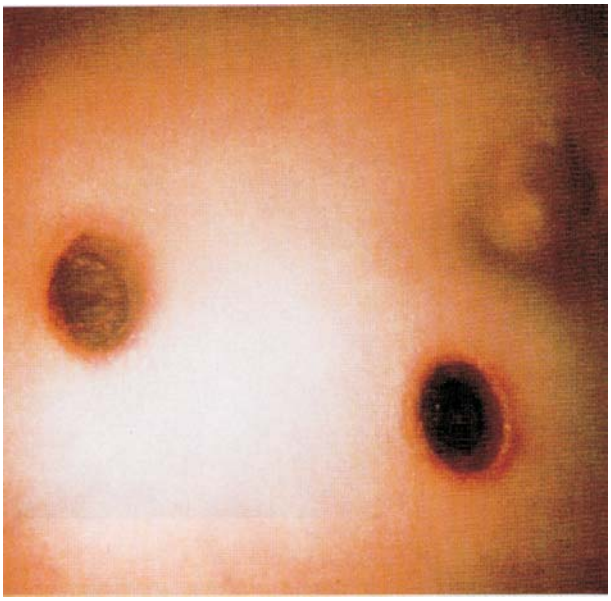
ID-55 **Șancroid** cu ulcere peniene caracteristice și asociat cu adenită inghinală stângă (bubo).

ID-56 **Condylomata acuminata** sunt leziuni determinate de papilomavirusul uman (PVU) și la acest pacient se prezintă ca papule verucoase multiple confluând în plăci.

A



B



C

D

E

ID-57 **Leziuni cutanate la pacienți neutropenici**
A. Papule asociate cu bacteriemie cu *Escherichia coli* la un pacient cu leucemie acută limfocitară. *B*. Aceleași papule după 2 ore. *C*. Aceleași leziuni în ziua următoare. *D*. Ecthyma gangrenosum la un pacient neutropenic cu bacteriemie cu *Pseudomonas aeruginosa*. *E*. Papule la un pacient neutropenic cu fungemie cu *Candida tropicalis*.

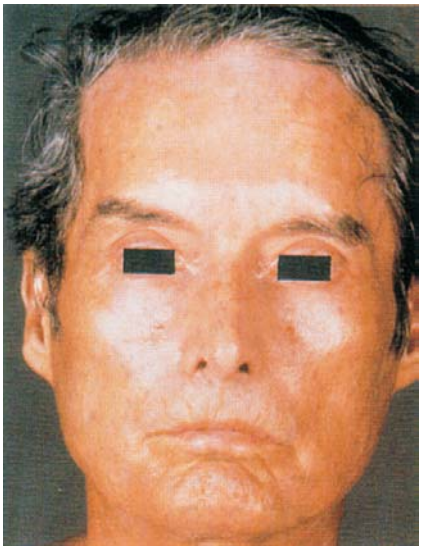
IE-58 **Lupus eritematos sistemic** prezentând eritem malar intens, crustos. Afectarea altor zone expuse la razele solare este, de asemenea, frecventă.

IE-59 **Lupus eritematos discoid** Plăci violacee, hiperpigmentate, atrofice, uneori cu semne de dopuri foliculare, care pot avea ca rezultat cicatrizarea, sunt caracteristice acestei forme cutanate de lupus.

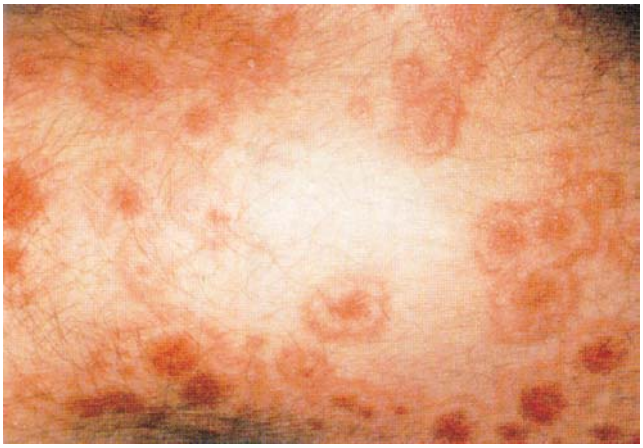
IE-60 **Dermatomiozită** Eritemul periorbitar violaceu caracterizează rashul clasic heliotrop.

IE-61 **Dermatomiozita** adeseori afectează mâinile sub forma unor papule eritematoase ombilicate de-a lungul articulațiilor degetelor (semnul Gottron) și telangiectazii periunghiale.

IE-62 **Sclerodermie** evidențiind scleroză acrală și ulcere focale digitale.



IE-63 **Sclerodermia** se caracterizează prin lipsa de expresie facială, cu aspect de mască.



IE-64 **Eritemul multiform** este caracterizat prin plăci eritematoase multiple cu morfologie în țintă sau de iris și, de obicei, reprezintă o reacție de hipersensibilitate la medicamente sau infecții (în special cu virusul herpes simplex).

IE-65 **Eritemul nodos** este o paniculită caracterizată prin noduli bine determinați, dureroși și plăci localizate cel mai adesea la nivelul extremităților membrelor inferioare.

IE-66 **Vasculită** La acest pacient cu vasculită a vaselor mici se observă papule purpurice palpabile la nivelul gambelor.

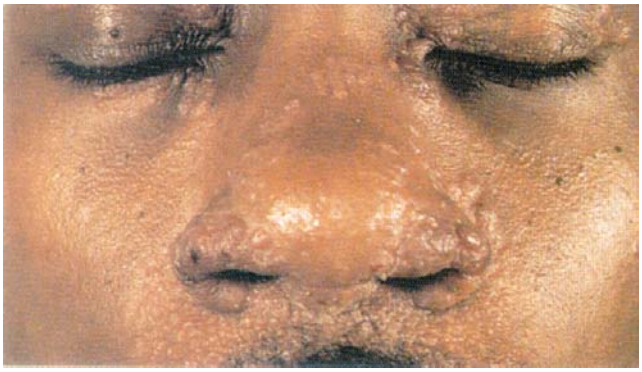
IE-67 **Pemfigus vulgar** relevând bule flasce care se rup ușor, determinând eroziuni multiple și plăci crustoase.

IE-68 **Dermatită herpetiformă** manifestată prin vezicule pruriginoase grupate într-o localizare tipică. Veziculele sunt adeseori excoriate și pot apărea la nvielul genunchilor, coatelor și scalpului posterior.

IE-69 **Pemfigoid bulos** cu vezicule în tensiune și bule pe o bază eritematoasă urticariană.

IF-70 **Acanthosis nigricans** evidențiind plăci axilare tipice hiperpigmentate, cu o suprafață verucoasă, catifelată.

IF-71 **Mixedem pretibial** manifestat ca plăci infiltrate, ceroase la un pacient cu boală Graves.



IF-72 **Sarcoid** Se observă papule și plăci infiltrate, de culoare variată, într-o distribuție tipică paranazală și periorbitară.

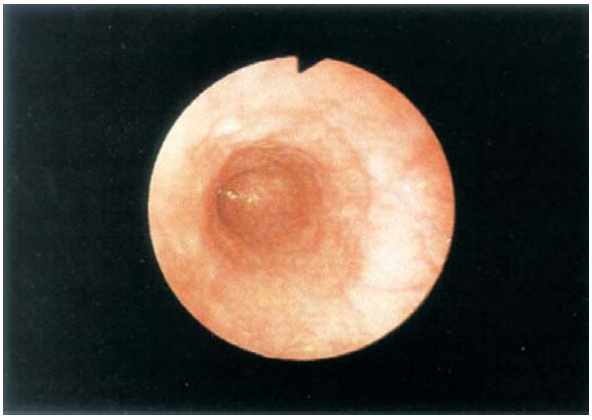
IF-73 **Neurofibromatoză** prezentând neurofibroame cutanate numeroase, de culoare roșie.

IF-74 **Necroză cumarinică** evidențiind necroză cutanată și subcutanată a sânului. Alte zone adipoase, cum ar fi fesele și coapsele, reprezintă, de asemenea, sedii frecvente de afectare.

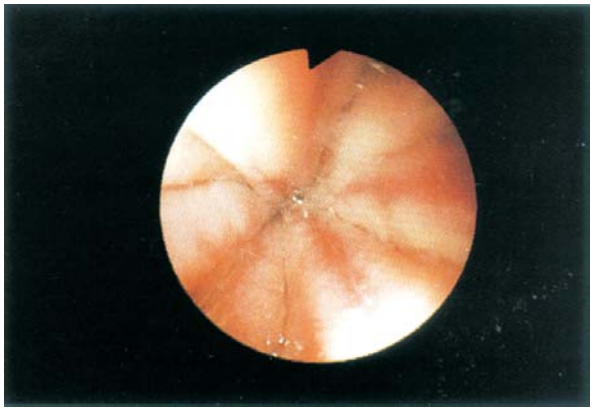
IF-75 **Pyoderma gangrenosum** relevând un ulcer oarecum purulent cu limite violacee și neterminabile.

IF-76 **Plăci în sindromul Sweet** la un pacient cu leucemie acută mielocitară.

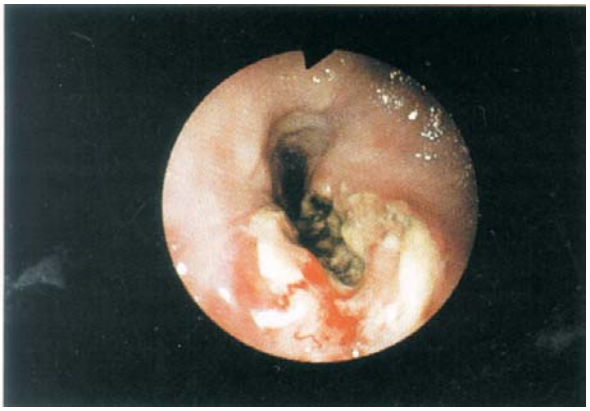
II. Atlas de semne endoscopice



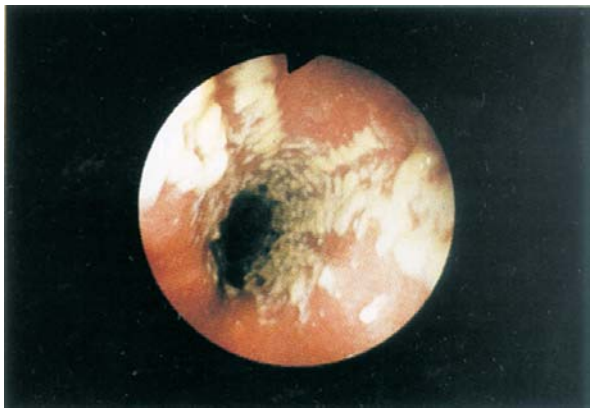
II-1 **Esofag normal** Poate fi observată vascularizația fină.



II-2 **Esofagită de reflux** Benzi liniare roșii cu o bandă centrală albă ce se extind ascendent în esofag.

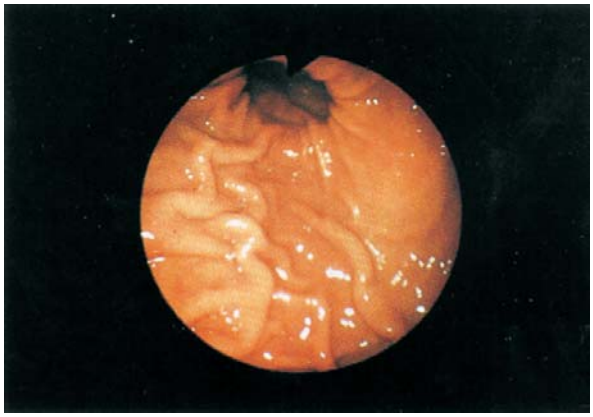


II-3 **Carcinom scuamocelular ulcerat**, cu centru deprimat, afectând un perete al esofagului



II-4 **Moniliază esofagiană** Se observă un exudat alb cu mucoasă subiacentă eritematoasă.

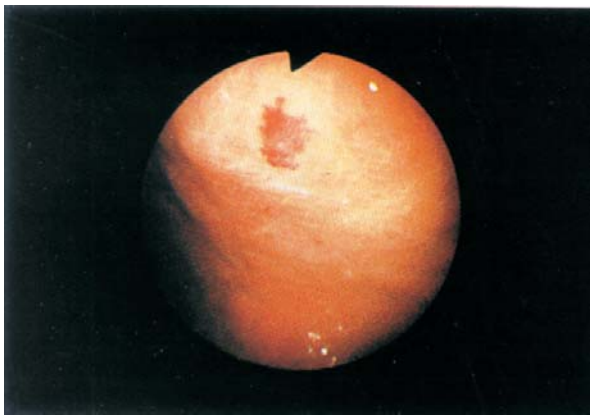
II-5 **Metaplazie esofagiană Barrett cu un adenocarcinom** joncțiunea scuamocolumnară este prezentă la nivelul esofagului proximal. Neregularitatea mucoasă din centrul fotografiei a fost un adenocarcinom.



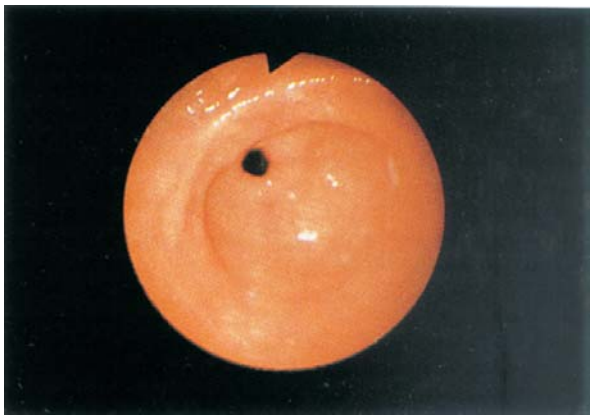
II-6 **Corpul gastric normal cu pliuri.**

II-7 **Ulcer gastric mare, benign al micii curburi** Pliurile se termină la marginea ulcerului.

II-8 **Polip gastric** Tipul histologic trebuie determinat prin excizia polipului și examen anatomo-patologic.



II-9 **Malformație arteriovenoasă a mucoasei gastrice.**

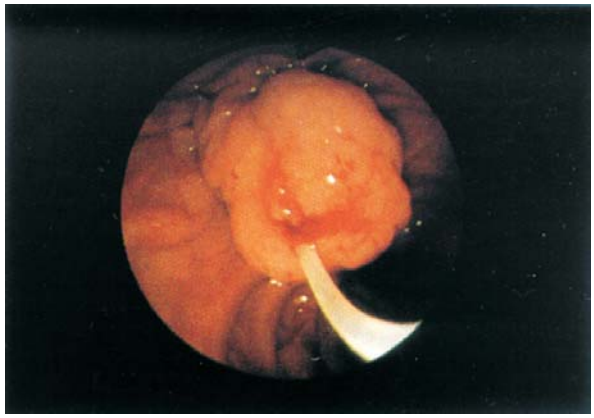


II-10 **Pilor normal** Observați absența pliurilor gastrice de la nivelul antrului proximal până la pilor.

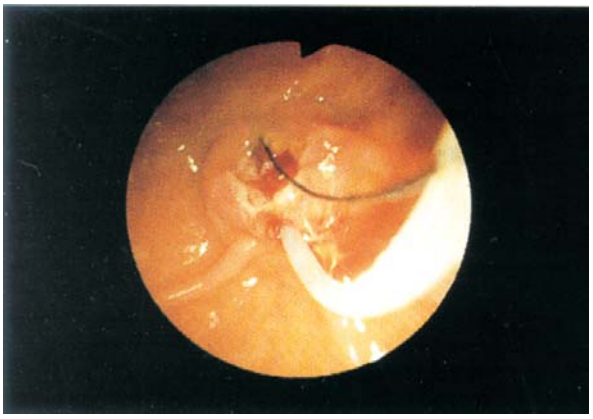
II-11 **Bulb duodenal normal**.

II-12 **Ulcer duodenal** Se observă un ulcer tipic cu bază clară pe fața anterioară a bulbului duodenal.

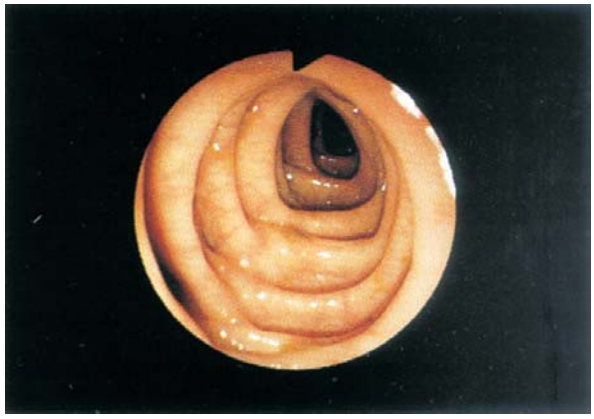
II-13 **Papila lui Vater – aspect normal** Modelul în pliuri ce înconjură papila este normal; bila se observă adiacent de papilă.



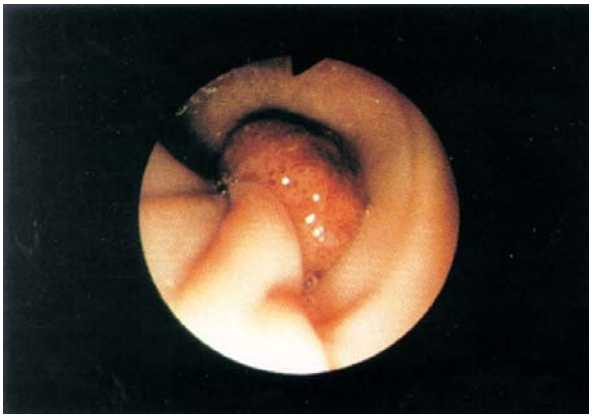
II-14 **Carcinom periampular** Tumora de la nivelul papilei lui Vater a fost cateterizați în timpul ERCP.



II-15 **Papilotomie endoscopică** Un papilotom a fost introdus în papilă, firul a fost îndoit, iar incizia a fost făcută, cu tehnică electrochirurgicală, în partea superioară a papilei.



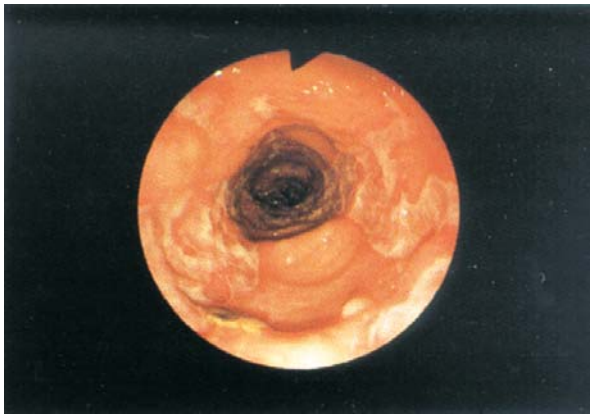
II-16 **Colon normal** Pot fi observate pliurile tipice și modelul vascular.



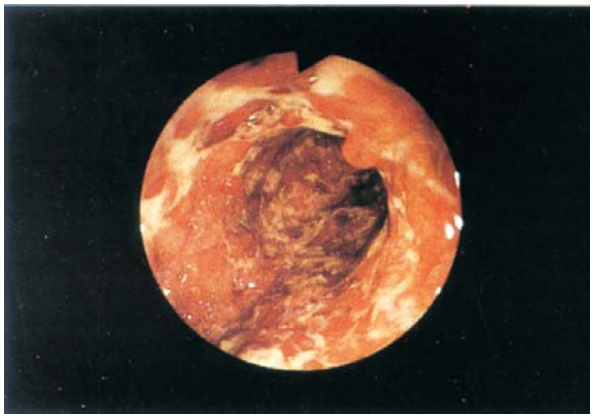
II-17 **Polip adenomatos colonic** Polipul este eritematos; o parte este acoperită cu mucoasă normală.

II-18 **Polipi adenomatoși mici, multipli, colonici** într-un caz de polipoză familială colonică. Acest colon trebuie îndepărtat chirurgical pentru a preveni dezvoltarea cancerului.

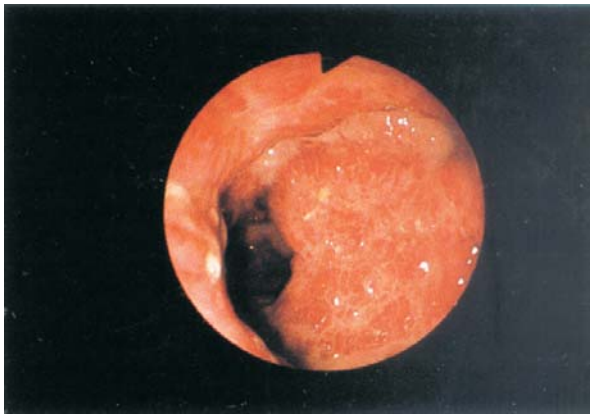
II-19 **Adenocarcinom colonic** Cancerul este multilobulat și cu creștere spre lumen.



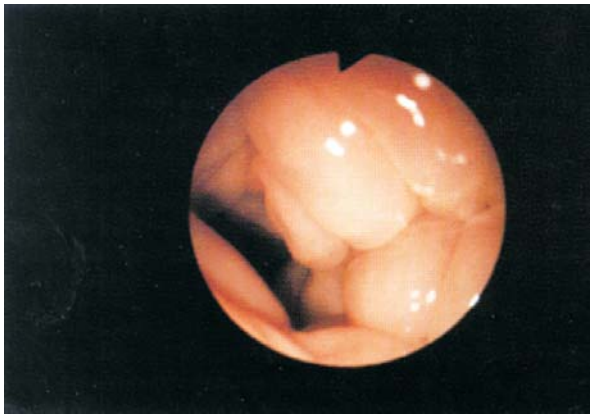
II-20 **Colită Crohn** cu ulcere liniare, serpinginoase, cu bază albă, înconjurate de mucoasă colonică relativ normală.



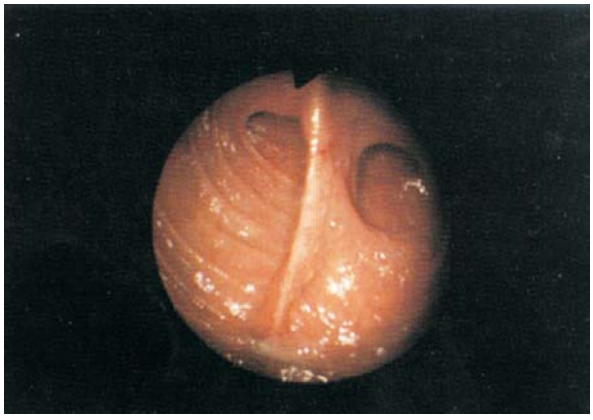
II-21 **Colită ulcerativă severă** cu ulcerație difuză, hemoragică și exudație.



II-22 **Sarcom Kaposi afectând colonul** la un pacient cu SIDA. Leziunile eritematoase afectează majoritatea mucoasei colonice din fotografie.



II-23 **Varice colonice** Structuri subepiteliale multiple, serpinginoase deformând lumenul colonic.

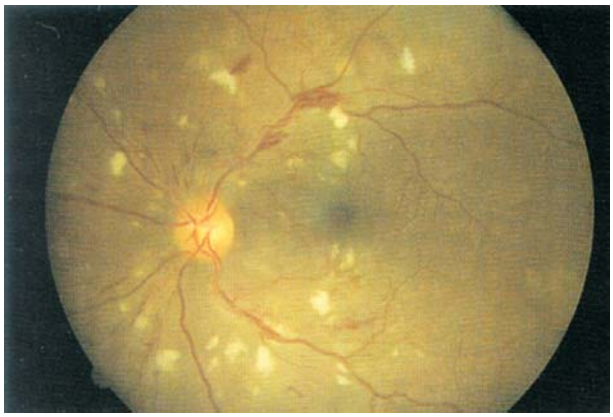


II-24 **Pungă ileală** Mucoasa pare normală la nivelul acestei pungi reconstruite din ileon pentru a asigura un rezervor după proctocolectomie totală și anastomoză ileoanală.

III. Atlas al examinării fundului de ochi

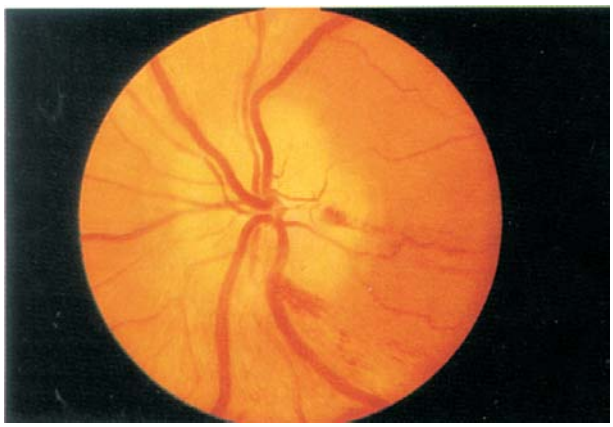
III-1 **Cytomegalovirusul** la un pacient cu SIDA apare ca o zonă arcuată de retinită, cu hemoragii și edem la nivelul discului optic. Uneori, CMV este localizat la periferia retinei, sub limitele de detecție la oftalmoscopia directă.

III-2 **Placă Hollenhorst** localizată la nivelul bifurcației unei arteriole retiniene ce dovedește că pacientul prezintă embolie fie din artera carotidă, fie din vasele mari, fie de la nivelul cordului.



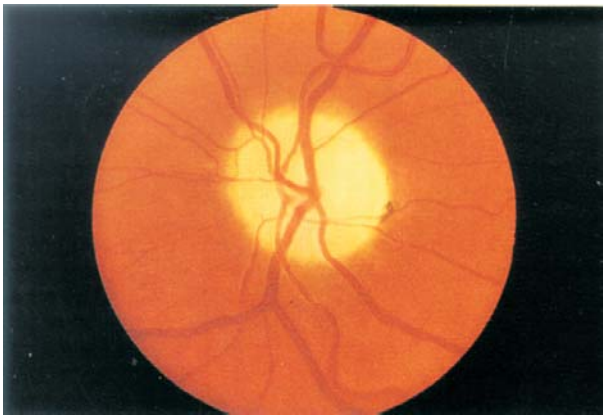
III-3 **Retinopatie hipertensivă** cu hemoragii „în flacără" diseminate („în schije") și pete „în vată de bumbac" (infarcturi ale membranei fibrei nervoase) la un pacient cu cefalee și tensiune arterială de 234/120.

III-4 **Ocluzia venei centrale a retinei** se poate produce hemoragie retiniană masivă („sânge și fulger"), ischemie și pierderea acuității vizuale.



III-5 **Neuropatie optică ischemică anterioară** datorată unei arterite temporale la o femeie în vârstă de 78 ani cu edem discal palid, hemoragie, pierderea acuității vizuale, mialgii și VSH de 86 mm/h.

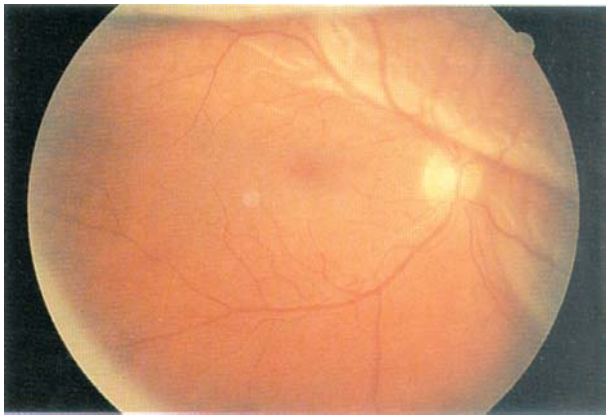
III-6 **Nevrita retrobulbară** este caracterizată inițial de un fund de ochi normal, de unde expresia „nici doctorul nu vede nimic, nici pacientul nu vede". Atrofia optică se dezvoltă după atacuri severe repetate.



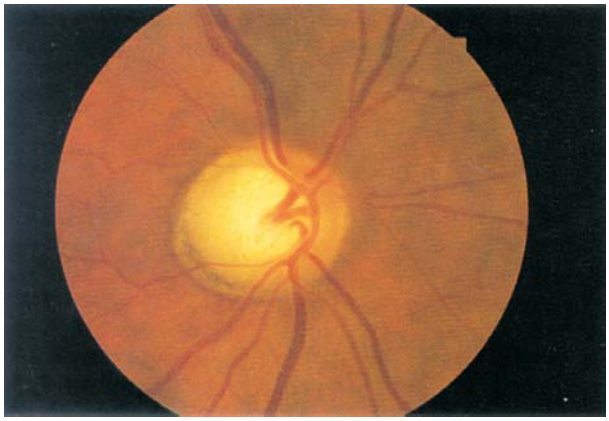
III-7 **Atrofia optică** nu este un diagnostic specific, dar se referă la combinația dintre paloarea discului optic, îngustarea arteriolară și distrucția membranei fibrelor nervoase produsă de o afecțiune oculară, în special neuropatii optice.

III-8 **Edemul papilar** Semnifică edem al discului optic ca rezultat al presiunii intracraniene crescute. Această femeie tânără obeză cu pseudotumoră cerebrală a fost eronat diagnosticată cu migrenă până când a fost realizat examenul fundului de ochi, care a relevat mărirea discului optic, hemoragii și pete în „vată de bumbac".

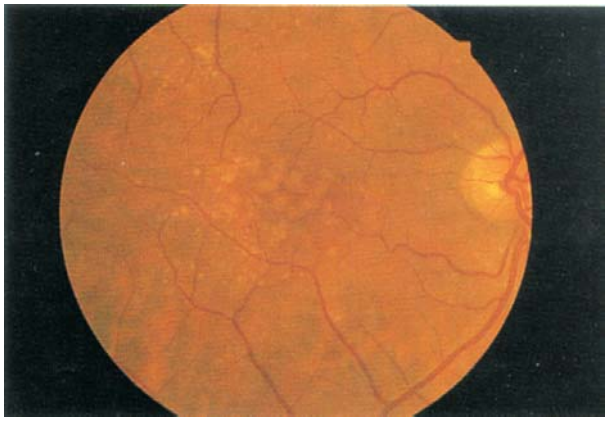
III-9 **Discul optic strălucitor** reprezintă depozite calcificate de etiologie necunoscută în interiorul discului optic. Uneori, sunt confundate cu edemul papilar.



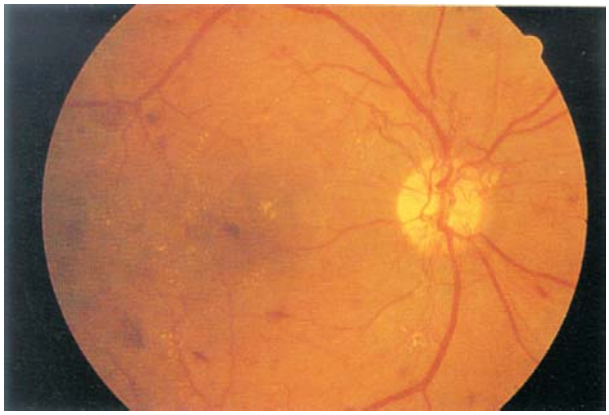
III-10 **Dezlipirea de retină** se prezintă ca o pânză întinsă de țesut retinian cu pliuri. La acest pacient, fovea a fost cruțată, astfel încât acuitatea vizuală a fost normală, dar dezlipirea superioară a produs un scotom inferior.



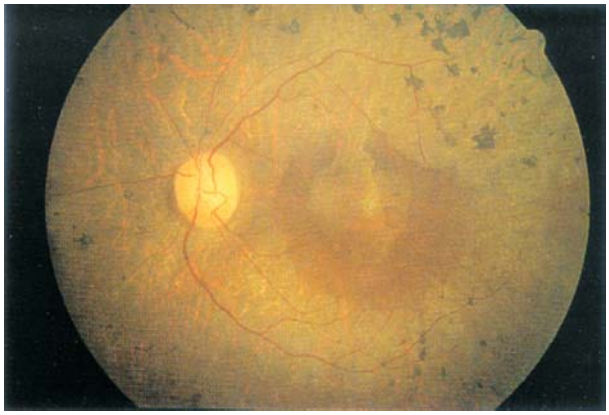
III-11 **Glaucomul** capătă un aspect „în ceașcă" pe măsură ce rețeaua venoasă este distrusă și excavația centrală devine mare și deprimată. Raportul excavație-disc la acest pacient este în jur de 0,7/1,0.



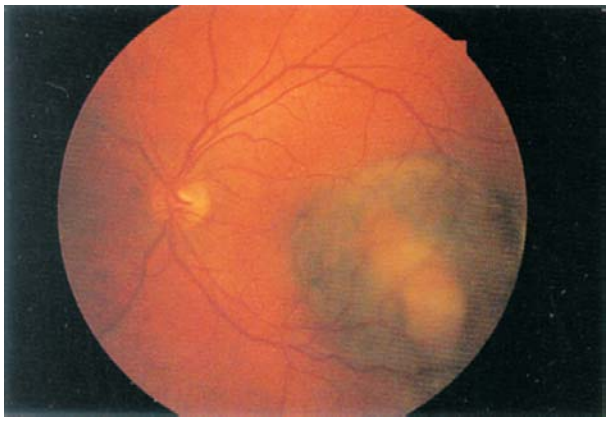
III-12 **Degenerarea maculară în relație cu vârsta** debutează cu acumularea de pete strălucitoare în interiorul maculei. Ele apar ca depozite galbene subretiniene diseminate.



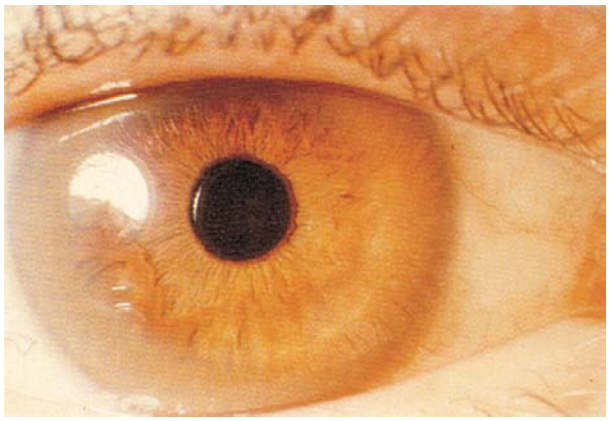
III-13 **Retinopatia diabetică** determină hemoragii difuze și exudate galbene. Acest pacient a prezentat neovascularizație proliferativă de la nivelul discului optic, necesitând fotocoagulare cu laser pan retiniană urgentă.



III-14 **Retinită pigmentară** cu aglomerări de pigment în periferia retinei, cunoscute ca „spiculi ososi". Există, de asemenea, atrofia epiteliului pigmentar retinian, făcând ca vascularizația coroidei să fie ușor vizibile.

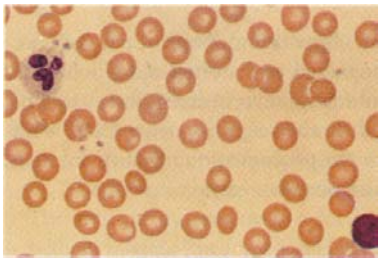


III-15 **Melanom** al coroidei apărând ca o masă mare întunecată în cadranul temporal inferior, chiar în apropierea foveei.

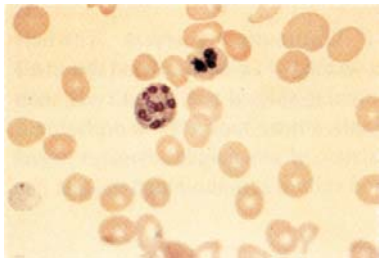


III-16 **Inelul Kayser-Fleischer** apare în boala Wilson, datorită depunerii cuprului în membrana Descemet, producând o discolorație maronie la periferia corneei. Nu trebuie confundat cu inelul alb-gălbui lipidic din arcul senil, care este frecvent la vârstnici și semnifică, ocazional, hiperlipidemie, în special când apare la vârste tinere.

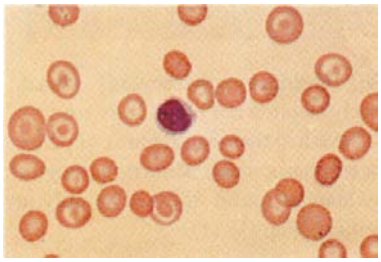
IV. Atlas de hematologie



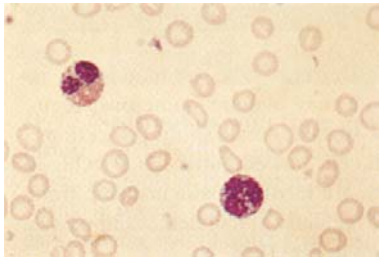
IV-1 **Frotiu sanguin normal** Hematiile sunt rotunde, au o zonă centrală palidă, apar ușor mai mici decât nucleul limfocitului matur și variază puțin în mărime (anizocitoză) sau formă (poikilocitoză).



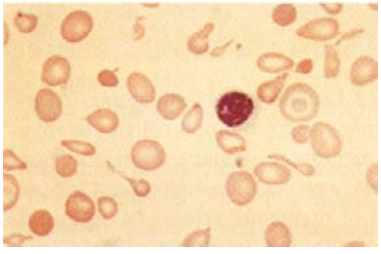
IV-2 **Anemie megaloblastică** Macrocite ovalare, bine încărcate cu hemoglobină, sunt amestecate cu un număr mai redus de hematii mici în „picătură de lacrimă". Observați, de asemenea, granulocite hipersegmentate.



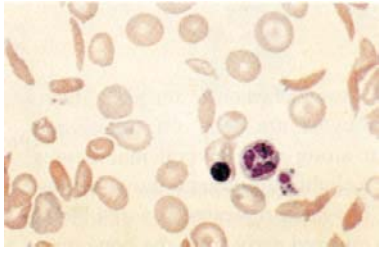
IV-3 **Boală hepatică** Se observă macrocite rotunde cu dimensiune uniformă. Multe macrocite sunt celule „în țintă".



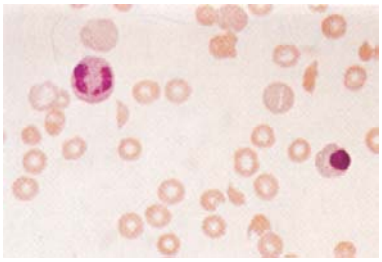
IV-4 **Anemie feriprivă** În formele severe de deficit de fier, hematiile sunt mai mici decât normalul (microcitoză și zona lor centrală palidă este mai mare (hipocromie), astfel încât celulele apar ca având doar o fină rețea de hemoglobină.



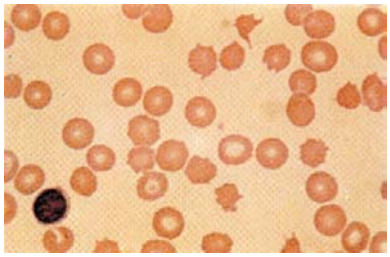
IV-5 **b Talasemia intermediară** Sunt observate microcite și hematii hipocrome asemănătoare celor din anemia feriprivă severă ilustrate în Fig. IV-4. Se observă multe hematii eliptice și cu formă de „picătură de lacrimă".



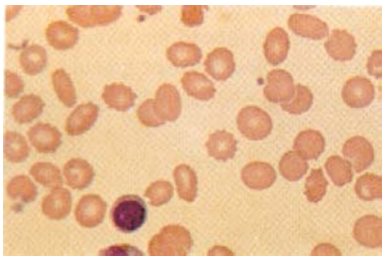
IV-6 **Anemia cu celule „în seceră"** Hematiile elongate și cu formă de semilună observate în acest frotiu sanguin reprezintă celule circulante ireversibile „în seceră". Se observă, de asemenea, celule „în țintă" și o celulă nucleală.



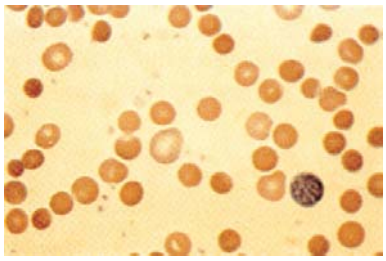
IV-7 **Hemoliză traumatică** Hematiile „în coif“ și cele mici triunghiulare observate pe acest frotiu reprezintă dovada morfologică a lezării mecanice a hematiilor intravasculare.



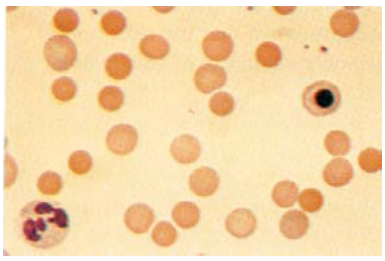
IV-8 **Anemia cu schizocite** Schizocitele sunt recunoscute ca hematii distorsionate, conținând câteva proiecții „ca spinii“ distribuite neregulat. Celulele cu această anomalie morfologică sunt denumite, de asemenea, acantocite.



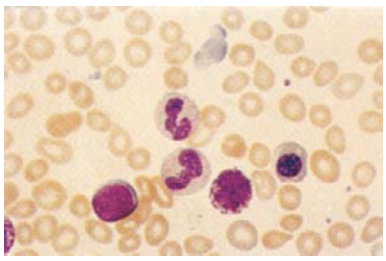
IV-9 **Uremia** În uremie, hematiile pot dobândi numeroase prelungiri mici, spinoase, distribuite regulat. Asemenea celule, denumite celule „în scai“ sau echinocite, sunt ușor de diferențiat de acantocitele cu spiculi neregulați ilustrate în Fig. IV-8.



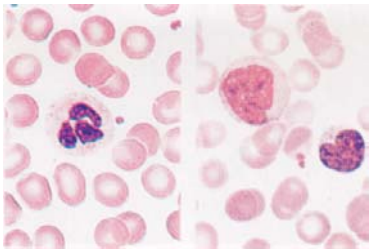
IV-10 **Sferocitoză ereditară** Sunt observate hematii mici, dens colorate, care și-au pierdut zona palidă centrală (microsferocite). Microsferocitele pot fi întâlnite, de asemenea, în alte afecțiuni hemolitice.



IV-11 **Anemie imunohemolitică** Se observă pe acest frotiu sanguin microsferocite, alături de câteva macrocite cu nuanță ușor violetă (policromatofilie). Ultimele reprezintă noi hematii eliberate precoce din măduva osoasă. Microsferocitele observate în anemia imunohemolitică pot fi nediferențiabile de microsferocitele vizualizate în sferocitoza ereditară (Fig. IV-10)

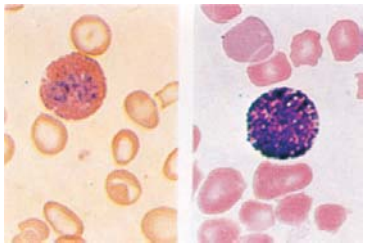


IV-12 **Frotiu leucoeritroblastic** Se observă hematii „în picătură de lacrimă“, indicative de lezarea fibrelor colagene ale membranei, un eritrocit nucleat, indicator al eliberării premature a precursorilor eritroizi și celule imature mieloide, indicatoare ale hematopoiezei extramedulare. Frotiul de sânge periferic este în relație cu fibroza măduvei osoase, fie mielofibroză primară, fie mieloftizie secundară.



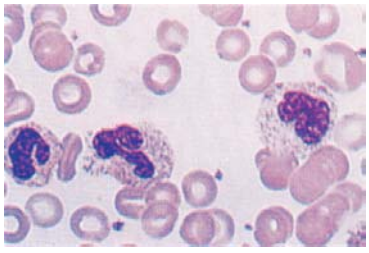
IV-13 A. **Granulocit normal** Granulocitul normal are un nucleu segmentat cu cromatină densă, aglomerată; granule neutrofilice fine sunt distribuite în interiorul citoplasmei sale.

B. **Limfocit și monocit normal** Monocitul normal este o celulă mare cu un nucleu în falduri, conținând cromatină liberă, în bandă; citoplasma este de culoare gri-albăstrui și de obicei conține granule azurofile fine. Limfocitul normal este o celulă mai mică. Nucleul său poate fi rotund, dar poate fi și invaginat, ca în celula prezentată în această planșă. Cromatina nucleară are un aspect pătat; citoplasma este albastră.

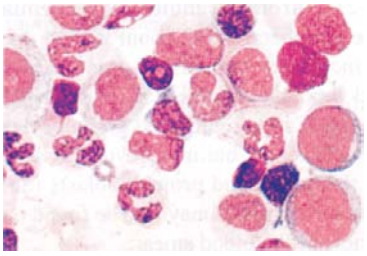


IV-14 A. **Eozinofil normal** Eozinofilul conține granule mari, portocaliu deschise; nucleul este bilobulat.

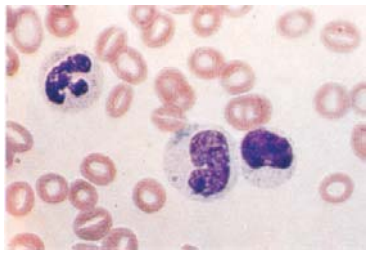
B. **Bazofil** Bazofilul conține granule mari purpuriu-negre care umplu celula și maschează nucleul.



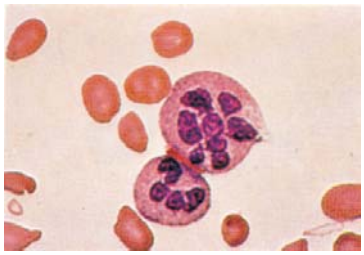
IV-16 **Neutrofile cu granulații toxice** În infecții și alte stări toxice, granulațiile azurofile pot deveni vizibile în granulocitele mature ca granulații citoplasmatice de culoare întunecată, groase.



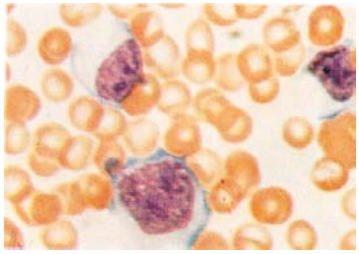
IV-15 **Precursorii granulocitari medulari normali** Cel mai precoce precursor granulocitar (mieloblast) posedă un nucleu rotund cu cromatină fină punctată și unul sau mai mulți nucleoli; citoplasma este albastră. Pe măsură ce se produce diferențierea nucleară, nucleolii dispar, cromatina diminuează și nucleul devine intens invaginat și, în final, segmentat. Pe măsură ce diferențierea citoplasmatică debutează, granulațiile azurofile apar și culoarea citoplasmei se modifică de la albastru la o nuanță galben-roz-gri la granulocitul matur, și pe măsură ce se produce acest lucru, granulațiile azurofile devin mascate de granulațiile neutrofilice fine.



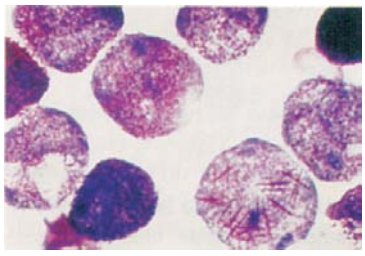
IV-17 **Bandă cu corp Döhle** (*centru*) Corpii Döhle sunt discreți, zone negranulare de culoare albastră găsite în periferia citoplasmei neutrofilice în infecții și alte stări toxice. Ei reprezintă agregate de reticul endoplasmic rugos.



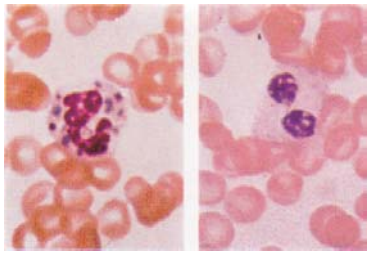
IV-18 **Hipersegmentarea** Frecvente granulocite cvadruplu lobulate pe frotiul sanguin sau granulocite cu mai mult de cinci lobuli reprezintă un semn de hipersegmentare, un indiciu important pentru diagnosticul de anemie megaloblastică.



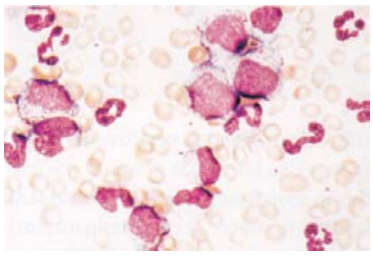
IV-20 **Limfocite reactive** (mononucleoză infecțioasă) Limfocitele reactive sunt de obicei mari și conțin citoplasmă abundentă. Nucleul poate fi plasat excentric sau poate prezenta margini neregulate și identații (care nu se observă pe această planșă). Citoplasma conține arii care se colorează în albastru închis, datorită conținutului lor crescut în ARN. Citoplasma poate fi invaginată la nivelul opoziției cu o hematie.



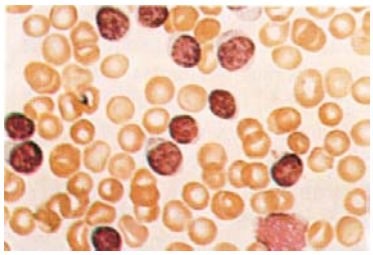
IV-22 **Celulă leucemică în leucemia promielocitară acută** Observați multiplii corpi Auer.



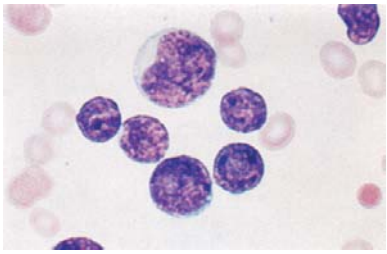
IV-19 *A.* **Anomalie Chédiak-Higashi** În această ultimă afecțiune fatală, granulocitul conține granule citoplasmatice uriașe, formate prin agregarea și fuzionarea granulațiilor azurofile și specifice. Granulații mari, anormale sunt găsite în alte celule cu conținut granular oriunde în corp. *B*. **Anomalie Pelger-Hüet** În această afecțiune benignă, majoritatea granulocitelor sunt bilobate. Frecvent, nucleul are o configurație „în binoclu“ sau „în ochelari“.



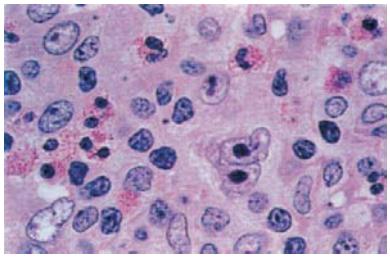
IV-21 **Leucemie granulocitară cronică** Numărul periferic de leucocite este mare, datorită creșterii numărului de granulocite și al precursorilor lor. Majoritatea leucocitelor sunt granulocite segmentate sau forme în bandă, dar mielocitele (așa cum se observă în această planșă) și promieloblastele (nu se văd în această planșă) pot fi, de asemenea, găsite la revederea frotiului sanguin.



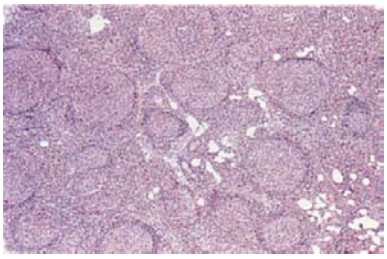
IV-23 **Leucemia limfocitară cronică** Numărul de leucocite periferice este crescut, datorită numărului crescut de limfocite mici, bine diferențiate. Totuși, limfocitele leucemice sunt fragile și sunt, de asemenea, prezente de obicei pe frotiul sanguin un număr substanțial de celule rupte, pătate.



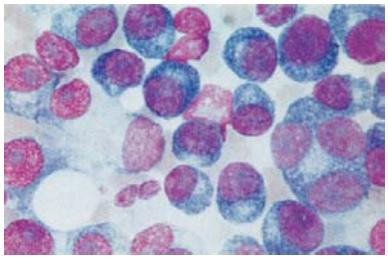
IV-24 **Celulele leucemice în leucemia acută limfoblastică** caracterizate prin nuclei rotunzi sau convoluți, cu raport mare nucleo-citoplasmatic și absența granulelor citoplasmatice.



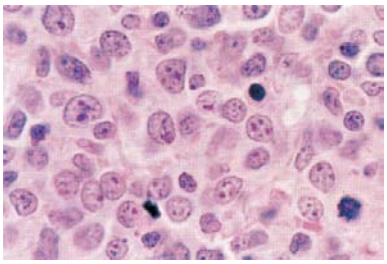
IV-25 **Boală Hodgkin cu celularitate mixtă** O celulă Reed-Sternberg este prezentă în apropierea centrului câmpului; o celulă mare cu nucleu bilobat și nucleoli proeminenți. Majoritatea celulelor sunt limfocite normale, neutrofile și eozinofile, care formează un infiltrat celular pleiomorfic.



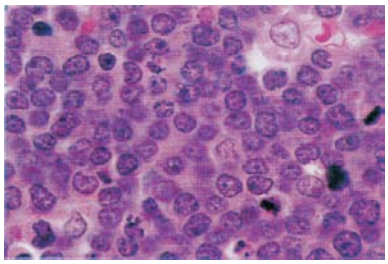
IV-26 **Limfom folicular** Arhitectura normală ganglionară este estompată de expansiunea ganglionară a celulelor tumorale. Ganglionii variază în dimensiune mimează foliculii limfatici normali.



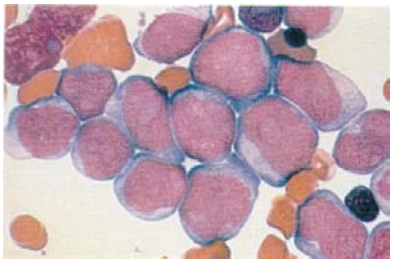
IV-27 **Mielom multiplu** (măduvă) Celulele poartă caracteristicile morfologice ale plasmocitelor, celule rotunde sau ovale cu un nucleu excentric compus din cromatină aglomerată rugos, citoplasmă bazofilică densă și o zonă clară perinucleară conținând aparatul Golgi. Pot fi observate, de asemenea, plasmocite binucleate și multinucleate maligne.



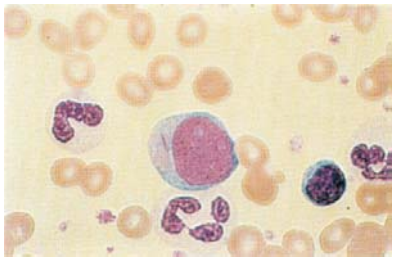
IV-28 **Limfom difuz cu celulă B mare** Celulele neoplazice sunt mari, cu cromatină nucleară veziculară și nucleoli proeminenți.



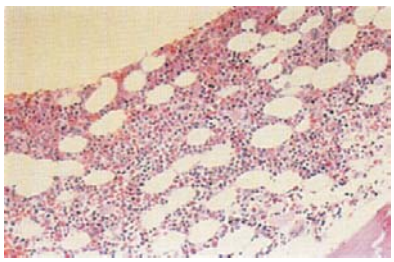
IV-29 **Limfom Burkitt** Celulele neoplazice sunt homogene, celule B cu dimensiune medie, cu schițe mitotice frecvente, o morfologie corelată cu fracție de creștere rapidă. Macrofagele reactive sunt diseminate intratumoral și citoplasma lor palidă pe un fond de culoare albastră a celulelor tumorale conferă tumorii un aspect așa numit „de cer înstelat“.



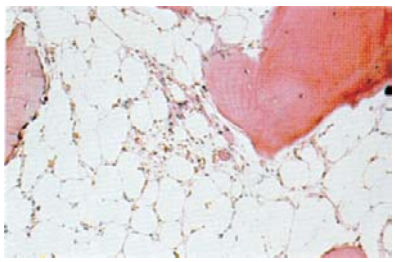
IV-30 **Leucemie acută mielocitară** Această secțiune medulară evidențiază o aglomerare de mieloblași primitivi, cu numeroși nucleoli mari.



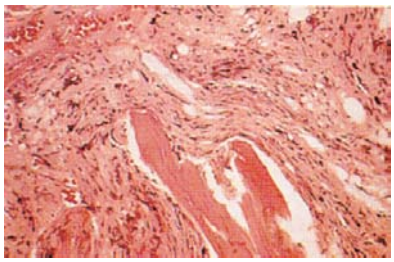
IV-31 **Corp Auer** Acest frotiu de sânge periferic relevă un mieloblast cu un singur corp Auer în citoplasmă. Corpii Auer, atunci când sunt prezenți, sunt de obicei observați în leucemia acută mielocitară.



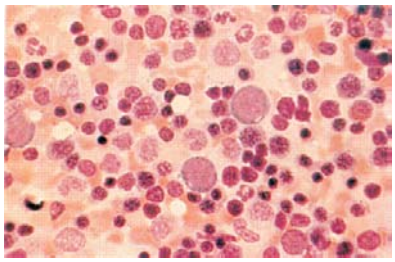
IV-32 **Biopsie de măduvă osoasă normală** Aici este prezentată o vedere de putere mică a unei secțiuni de măduvă normală colorată cu HE. Observați că elementele celulare nucleate reprezintă aproximativ 40-50% și cele adipoase (*arii clare*) reprezintă aproximtiv 50-60% din arie.



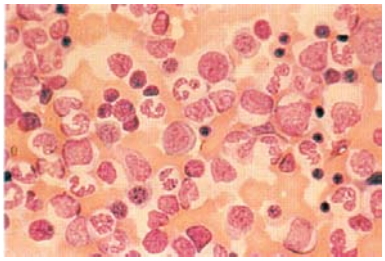
IV-33 **Anemie aplastică** Această secțiune medulare evidențiază doar grăsimea, cu absența aproape completă a țesutului hematopoetic.



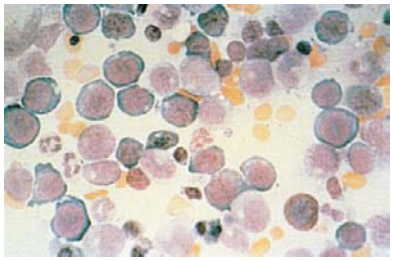
IV-34 **Fibroză medulară** Această secțiune medulară relevă cavitate medulară înlocuită cu țesut fibros compus din fibre de reticulină și colagen. Când această fibroză se datorează unui proces primitiv hematologic, ea se numește *mielofibroză*. Când fibroza este secundară unui proces tumoral sau granulomatos, ea se numește *mieloftizie*.



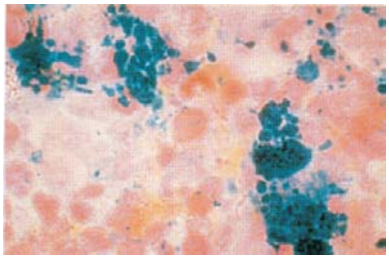
IV-35 **Hiperplazie eritroidă** Această secțiune medulară evidențiază o creștere a fracțiunii celulelor liniei eritroide, așa cum poate fi văzut într-o compensare fiziologică medulară după o hemoragie acută sau hemoliză. Raportul E/G este mai mare decât 1/1.



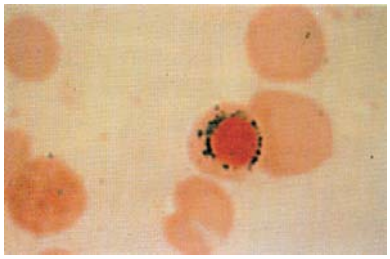
IV-36 **Hiperplazie granulocitară** Această secțiune medulară evidențiază creșterea fracțiunii de celule ale liniei mieloide sau granulocitare, așa cum se poate observa într-o măduvă sănătoasă care răspunde la infecție. Raportul E/G este mai mare decât 1/3.



IV-37 **Eritropoieză megaloblastică** Această secțiune medulară demonstrează așa numita disociație nucleocitoplasmatică; citoplasma eritroblaștilor este umplută cu hemoglobină, demonstrând maturizare aproape completă, în timp ce nucleii au pierdut cromatina caracteristică multor celule eritroide imature. Maturizarea nucleară redusă este în relație cu scăderea sintezei de ADN, determinată de aportul insuficient de folat pentru a sintetiza timidilatul. Inhibitorii sintezei de ADN pot produce acest tablou, la fel ca și deficitul de folat și B_{12}.



IV-38 **Depozite medulare de fier** Această secțiune medulară este colorată cu albastru de Prusia. Fierul preia colorantul și îl concentrează în celulele reticuloendoteliate. Acest tablou evidențiază depozite normale de fier. În stările cu deficit de fier, nu se detectează fier colorabil. În anemia din bolile cronice, fierul este prezent, dar citokinele împiedică mobilizarea și utilizarea lui în sinteza hemului.



IV-39 **Sideroblast inelar** Anemia refractară cu sideroblaști inelari face parte din sindroamele mielodisplazice. Această măduvă colorată cu albastru de Prusia arată un normoblast ortocromatic, cu o coroană de granule albastre înconjurând nucleul. Granulele albastre reprezintă mitocondrii încărcate cu fier.

SURSE ALE IMAGINILOR

I. DERMATOLOGIE

Robert Swerlick, M. D. IA-1 Acnee rosacee; IA-9 Lichen plan; IA-12 Alopecie areată; ID-33 Foliculită; IE-65 Eritem nodos; IE-66 Vasculită
S. Wright Caughman, M. D. IC-30 Melanom nodular; ID-35 Herpes simplex; ID-50 Meningococemie fulminantă; ID-56 Condyloma acuminata
Alvin Solomon, M. D. IC-29 Melanom malign lenticular; ID-53 Sifilis secundar
Mary Spraker, M. D. ID-32 Impetigo contagios
Kim Yancey, M. D. IF-74 Necroză cumarinică
John Greenspan, Ph. D. ID-41 Leucoplazie păroasă bucală; ID-42 Candidoză pseudomembranoasă orală
Gregory Cox, M. D. ID-51 Sifilis primar
Marilynne McKay, M. D. IE-59 Lupus eritematos discoid
James Krell, M. D. IE-60 Dermatomiozită
Colecția de diapozitive Yale ID-40 Molluscum contagiosum; ID-48 Febra pătată a Munților Stâncoși; ID-69 Pemfigoid bulos; ID-47 Erythema chronicum migrans; ID-54 Condyloma lata; IE-64 Eritem multiform
Kalman Watsky, M. D. IA-1 Acnee vulgară
Jean Bolognia, M. D. IA-6 Dermatită seboreică; IB-24 Limfom non-Hodgkin
Robert Hartman, M. D. ID-36 Varicelă
Irwin Braverman, M. D. IA-4 Dermatită atopică

II. SEMNE ENDOSCOPICE

FE Silverstein și **GN Tytgat** *Atlas of Gastrointestinal Endoscopy,* New York, Gowen Medical Publishing, 1987 Toate imaginile, mai puțin II-12, II-23, II-24
GN Tytgat II-12, II-23, II-24

III. EXAMENUL FUNDULUI DE OCHI

Jonathan C. Horton, M. D. Ph. D. Toate imaginile

IV. Hematologie

Elaine Jaffe, M. D. IV-25 până la IV-29
Robert S. Hillman, M. D. și **Kenneth A. Ault, M. D.** *Hematology in General Practice,* New York, McGraw-Hill, 1995. Datorită generozității Băncii de diapozitive a Societății Americane de Hematologie, IV-30 până la IV-39